

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1958

N°

THÈSE 252

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

GRELLETY BOSVIEL JEAN - PASCAL

ANCIEN EXTERNE des HOPITAUX de PARIS

Né le 1^{er} Juin 1931 à PARIS

Présentée et soutenue publiquement le

1958

CONTRIBUTION au TRAITEMENT des
GRANDES INSUFFISANCES VARIQUEUSES
ET de LEURS COMPLICATIONS
PAR une METHODE ORIGINALE de
SCLEROSE en un SEUL TEMPS

PRESIDENT : Monsieur le Professeur MARCHAL



THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

GRELLETY BOSVIEL JEAN - PASCAL

ANCIEN EXTERNE des HOPITAUX de PARIS

ANCIEN INTERNE - M.D. = de "MIDDLESEX MEMORIAL HOSPITAL"
MIDDLETOWN CONNECTICUT (YALE UNIVERSITY)

DIPLOMÉ du C.E.S. de MEDECINE du TRAVAIL - MEDECINE AERONAUTIQUE
MEDECINE TROPICALE et MALARIOLOGIE.

Né le 1^{er} Juin 1931 à PARIS



Présentée et soutenue publiquement le

1958

CONTRIBUTION au TRAITEMENT des
GRANDES INSUFFISANCES VARIEQUEUSES
ET de LEURS COMPLICATIONS
PAR une METHODE ORIGINALE de
SCLEROSE en un SEUL TEMPS

PRESIDENT : Monsieur le Professeur M A R C H A L



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552215_0041

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BENARD (H.), BROCC (P.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CARNOT (P.),
 CHABROL (Et.), CHAMPY (C.), CHEVASSU (M.), DEBRE (R.), DELBET (P.),
 DONZELOT (E.), GASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HARVIER (R.)
 LAROCHE (G.), LAUBRY (Ch.), LEMAITRE (F.), LEVY-SOLAL (E.), LHERMITTE (J.)
 LIAN (C.), LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.),
 MONDOR (H.), MULON (P.), OLIVIER (E.), RICHET (Ch.), SANNIE (Ch.),
 SEZARY (A.), TANON (L.), VELTER (E).

Doyen : Léon BINET
 Membre de l'Institut

Assesseur : Jean VERNE.

I.- PROFESSEURS

Anatomie		CORDIER (G.)
Anatomie Pathologique		DELARUE (A.)
Bactériologie		FASQUELLE (R.)
Biochimie Médicale		JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Educ. Phy. et Sports		CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie Médicale		FAUVERT (R.)
Cancérologie Médicale et sociale		BERNARD (J.)
Clinique de cardiologie		MOUQUIN (M.)
	{ Beaujon	SICARD (A.)
Cliniques Chirurgicales	{ Cochin	QUENU (J.)
	{ Hôtel-Dieu	MENEGAUX (G.)
	{ Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
Clinique chirurg. réparatrice et orthopédique		MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de Chirurgie cardio-vasculaire		de GAUDART-D'ALLAINES (F.)
Clinique de Chirurg. infantile et orthopédie		FEVRE (M.)
Clinique de Chirurgie pleuro-pulmonaire		MONOD (R.)
Clinique gynécologique		FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants		CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales & de l'encéphale		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang		MARCHAL
Clinique des maladies du système nerveux		ALAJOUANINE (T.)
	{ Bichat	JUSTIN-BESANCON (L.)
Cliniques Médicales	{ Broussais	DE GENNES (L.)
	{ Cochin	MOREAU (R.)
	{ Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
Clinique Méd. d'Hydro-climatologie thérapeutique		DEBRAY (G.)
Clinique Médicale propédeutique		PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré		BOULIN (R.)
et des maladies de la nutrition		
Clinique de neuro-chirurgie		PETIT-DUTAILLIS (D.)
		LACOMME (M.)
Cliniques Obstétricales	{ Baudelocque	VARANGOT (J.)
	{ Port-Royal	

Clinique d'Obstétrique et de gynécologie	LANTUEJOUL (P.)
Clinique Ophtalmologique	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)
Clinique de pneumo-phthisiologie	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (G.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique rhumatologique médicale et sociale	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique médicale	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	SOULIE (P.)
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Médecine du travail	DESOILLE (H.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie Chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.)
Pathologie médicale	DECOURT (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale	MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESCREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES de CONFERENCES-AGREGES et AGREGES

Anatomie

Anatomie Pathologique

Bactériologie

Biochimie médicale

{ DELMAS (A.) pr. s. ch.
 { CABROL (C.)
 { DEBEYRE (J.)
 { OLIVIER (G.)
 { GAUTHIER-VILLARS M.D.P.
 { pr. s. ch.
 { BUSSER (F.)
 { COUYGOU (Ch.)
 { NEVOT (A.) pr. s. ch.
 { CHRISTOL (D.)
 { ETTORI (J.) pr. s. ch.
 { DESCREZ (P.)
 { POLONOVSKI (J.)
 { SCHAPIRA (R.)

Biologie Médicale
Dermato-syphiligraphie
Embryologie

Histologie

Hydrologie

Hygiène

Maladies Infectieuses

Médecine Légale

Médecine du Travail

Neuro-chirurgie

Neurologie

Obstétrique

.do.

.do.

Ophthalmologie

Orthopédie

Oto-rhino-laryngologie

Parasitologie

Pathologie chirurgicale

Pathologie Chirurgicale

Pathologie expérimentale

BOURLIERE (F.)

DUPERRAT (F.)

TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)

{ COUJARD (R.)

{ N...

{ N...

CORNET (A.)

{ BOXER (J.) pr.s.ch.

{ DEPARIS (M.) pr.s.ch.

BASTIN (R.)

{ DEROBERT (L.) pr.s.ch.

{ GAULTIER (M.)

{ HADENGUE (A.)

ALBAHARY (C.)

DAVID (M.)

LHERMITTE (F.)

{ GRASSET (J.)

{ LE LORIER (G.)

{ LEPAGE (F.)

{ MERCER (P.)

{ MORIN (P.)

{ RAVINA (J.)

{ ROBEY (M.)

{ BREGEAT (P.)

{ DESVIGNES (P.)

{ JUDET (R.)

{ AUBRY (M.)

{ MADURO (R.)

{ BRUMPT (L.G.)

{ CHABAUD (A.)

{ ABÔULKER (P.)

{ BARCÂT (J.)

{ BAUMANN (J.)

{ CAUCHOIX (J.)

{ DUBOST (C.)

{ FAUREL (J.)

{ FLABEAU (F.)

{ GERMAIN (A.)

{ GOSSET (J.)

{ LAURENCE (G.)

{ LORTAT-JACOB (J.)

{ MATHEY (J.)

{ OLIVIER (Cl.)

{ POILLEUX (F.)

{ THOMERET (G.)

{ VERNE (J.M.)

{ LOEPER (J.)

{ MAURICE (P.)

Pathologie médicale

Pédiatrie

Pharmacologie

Physiologie

Physique médicale

Pneumo-Phtisiologie

Psychiatrie

Psychiatrie infantile

Rhumatologie

Stomatologie

Thérapeutique

Urologie

{ BOUDIN (G.)
{ BOUVIER (J.B.)
{ BRICAIRE (H.)
{ BRISSAUD (H.)
{ CASTAIGNE (P.)
{ CONTE (M.)
{ DEROT (M.)
{ DOMART (A.)
{ LAMOTTE (M.)
{ LAROCHE (C.P.)
{ MACREZ (C.)
{ MILLIEZ (P.)
{ PEQUIGNOT (H.)
{ PERRAULT (M.)
{ RAMBERT (P.)
{ ROYER (P.)
{ THIEFFRY (St.)
{ TURIAF (J.)
{ WOLFROMM (R.)
{ N....

{ JOSEPH (R.)
{ MOZZICONACCI (P.)
{ POLONOVSKY (Cl.)
{ CHEYMOL (J.)pr.s.ch.
{ LEVY (Mlle J.)pr.s.ch.
{ BARJETON (D.)pr.s.ch.
{ PARROT (J.) pr.s.ch.
{ DEJOURS (P.)
{ DJOURND (A.)pr.s.ch.
{ GOUGEROT (L.)
{ KREIS (B.)
{ PICHOT (P.)
{ MICHAUX (L.)
{ DELBARRE (F.)
{ CERNEA (P.)
{ CHAPUT (Mme A.)
{ CHASSAGNE (P.)
{ KUSS (R.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES de COURS de CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

Clinique chirurgicale

{ AMELINE (A.)
HUGUËR (J.)
LEGER (L.)
PADOVANI (P.)
ROUX (M.)

Clinique médicale

{ DREYFUS (Gilbert)
HAGUENAU (J.) pr. s. ch.
KOURILSKY (R.)
MARCHAL (G.)

Clinique neurologique

DE SEZE (S.)

Clinique obstétricale

MAYER (M.)

Clinique ophtalmologique

OFFRET (G.)

Clinique pédiatrique

LAPLANE (R.)

Clinique psychiatrique

BARUK (H.)

=====

Secrétaire général de la Faculté M. MOREL (J.)

Secrétaire Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction ... M. le Dr. HAHN (A.)

Conservateur Mlle GOICHON (A.)

Bibliothécaires Mlles DUMAITRE (P.),

LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté
que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées,
doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en-
tend leur donner aucune approbation ni improbation.

=====

A MON PERE,

Docteur Pierre GRELETTY BOSVIEL

Ancien Chef de Clinique à la Faculté

Ancien Interne des Hôpitaux de PARIS

Attaché à la Consultation de Phlébologie
de l'Hôpital BICHAT,

Qui m'a guidé dans mes études médicales
avec tant de persévérance affectueuse,
en m'intéressant dès le début à ses
recherches sur les maladies des veines.

A MA MERE, A MON FRERE,

Faible témoignage de ma profonde affection.

A MA FAMILLE.

A MES AMIS.

A NOTRE MAITRE et PRESIDENT de THESE :

Monsieur le Professeur G. M A R C H A L

Chevalier de la Légion d'Honneur

Médecin des Hôpitaux de PARIS

Professeur de Clinique d'Hématologie
à la Faculté de Médecine de PARIS,

Qui nous a fait l'honneur de présider
notre thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici le té-
moignage de notre profonde reconnais-
sance.

A MES MAITRES d'EXTERNAT (1952 - 1956) :

Monsieur le Professeur JUSTIN-BESANÇON

En remerciement de l'année fructueuse
passée dans son service où il nous
a permis d'effectuer ce travail.

Qu'il veuille bien trouver ici l'ex-
pression de nos sentiments res-
pectueux.

Monsieur le Docteur C L E M E N T

Faible témoignage de notre respec-
tueuse affection.

Monsieur le Docteur M I A L A R E T

Monsieur le Docteur S A L L E T

Monsieur le Docteur G R E N E T

Avec toute ma gratitude pour les
connaissances cliniques et médi-
cales acquises dans leurs services.

A NOS MAITRES de CERTIFICAT d'ETUDES SPECIALES :

Monsieur le Professeur G A L L I A R D

Professeur de Parasitologie
et Histoire Naturelle Médicale
à la Faculté de Médecine de PARIS.

Monsieur le Professeur L A V I E R

Professeur de Pathologie exctique
à la Faculté de Médecine de PARIS

Monsieur le Professeur D E S C I L L E

Professeur de Médecine du Travail.

Monsieur le Docteur S T R U M Z A

Chargé de cours de Médecine Aéronautique
à la Faculté de Médecine de PARIS.

Qu'ils trouvent ici le témoignage
de notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur R. T O U R N A Y

Officier de la Légion d'Honneur

Médecin de l'Hôpital Foch des Médailles militaires
et de la Fondation Furtado-Heine

Secrétaire Général de la Société Française de Phlébologie,

Qui m'a si affectueusement guidé au milieu
des "méandres" de la Phlébologie.

Qu'il soit assuré de notre sincère et constante gratitude.

A Messieurs les Docteurs :

H. SAGLIO,

P. WALLOIS,

R. VIEVILLE,

J. MARMASSE,

En reconnaissance de l'amical accueil qu'ils
m'ont toujours réservés.

A Mes AMIS et COLLEGUES
de la Croix Rouge Française.

A Mon Maître Monsieur le Docteur HAROLD O. CONN, MD,

Director of Medical Education,

Qui m'a si amicalement produigué ses conseils
pendant mon année d'Internat aux U.S.A.(56-57)

Aux Médecins et au personnel hospitalier de Middlesex

Mémorial Hospital. affilié à Yale University
(Middletown Connecticut. U.S.A.)

Qu'ils veulent bien trouver ici le témoignage
de ma profonde reconnaissance pour l'accueil
qu'ils m'ont réservé dans leurs services et
l'aide bienveillante qu'ils m'ont toujours
apporté.

INTRODUCTION

Depuis la disparition progressive des grandes maladies, l'importance accordée aux varices et à leurs complications n'a fait que s'accroître non seulement sur le plan clinique ou thérapeutique, mais encore sur le plan social.

Cette maladie atteignait déjà le 7^e rang sur les 28 maladies chroniques les plus fréquentes aux USA en 1938, se soldant pour cette seule année à 5.900.000 journées de travail perdues, sans compter la diminution plus ou moins permanente de la capacité fonctionnelle de ces sujets.

C'est dire l'importance pour les médecins phlébologues de rechercher le traitement idéal qui, tout en étant le plus efficace, le plus rapide, le plus esthétique, le plus indolore soit aussi le plus exempt de risques pour le malade.

La méthode que nous essayerons d'exposer dans cette thèse, a été progressivement mise au point par nous, en majeure partie à la consultation de Phlébologie de l'Hôpital Bichat et porte sur plus de 160 cas dont 60 % ont été revus 2 ans après.

Elle a pour but non de révolutionner la méthode sclérosante, mais de la compléter et d'en étendre ses bienfaits à nombre de cas réservés autrefois à la chirurgie ou ... au simple bas à varices, en alliant d'une part ses résultats Esthétiques et fonctionnels meilleurs, d'autre part son innocuité et sa plus grande rapidité de traitement.

Elle a, il nous semble, assez de recul maintenant pour entrer dans la pratique courante du médecin phlébologue et pour recevoir ses lettres de noblesse.

Dans ce travail essentiellement pratique, nous nous proposons de faire le point dans une première partie des acquisitions récentes de la Médecine et de la Chirurgie dans le traitement des affections variqueuses, d'en dégager objectivement leurs indications, leurs avantages, leurs échecs respectifs.

Dans une deuxième partie, nous exposerons notre méthode ,
ses principes, ses indications, sa technique, ses résultats, et
nous essayerons d'en préciser sa place dans le traitement médical
des varices, éliminant les derniers écueils que celui-ci pouvait
rencontrer en lui apportant : - SECURITE - SOLIDITE - RAPIDITE -
ESTHETIQUE , qualités qu'il avait été jusqu'ici impossible de réunir
aussi bien par le seul traitement médical que par le traitement
chirurgical.

PREMIERE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

TRAITEMENT CHIRURGICAL ACTUEL

I.- INDICATIONS

De l'avis de la majorité des chirurgiens " le traitement sclérosant pur des varices " est indiqué uniquement dans les cas où il n'existe pas d'insuffisance valvulaire totale de la saphène interne ou externe c. a d. dans les cas simples seulement, comportant quelques dilatations variqueuses isolées ou quelques varicosités inesthétiques. Dans tous les autres cas, c'est-à-dire lorsqu'il existe un reflux par insuffisance valvulaire tel que le met en évidence la recherche des signes de Tredelenbourg, l'intervention chirurgicale pour eux est formelle.

II.- TECHNIQUES

Nous ne ferons que passer en revue les différentes techniques opératoires modernes.

A.- La CROSSECTOMIE :

Actuellement, après de nombreux échecs de la crossectomie simple, la crossectomie élargie de Vacheron est seule de mise pour ne pas manquer de lier les affluents veineux superficiels se jetant anormalement dans la veine fémorale et responsables des récidives précoces. C'est là l'intervention la plus courante, la moins traumatisante, la plus esthétique, mais qui, si elle n'est pas accompagnée de "Stripping" n'a le plus souvent qu'un résultat transitoire du fait de l'insuffisance presque toujours associée des perforantes.

B.- Le STRIPPING :

Opération complémentaire indispensable si le sujet est en état de supporter une intervention longue sous anesthésie générale.

2 variantes techniques (parfois associées du reste)

- Stripping Externe (plus délaissé actuellement)
- Stripping Interne : Avec le Stripper de Babcock modifié, utilisé par la majorité des chirurgiens français et anglo américains.

Mais de l'aveu même de ceux-ci, quelle que soit la technique choisie, une fois passé le genou, les ramifications veineuses deviennent souvent si nombreuses qu'il est impossible de retrouver le tronc principal et qu'il devient sans intérêt de descendre plus bas.

C.- Les LIGATURES ÉTAGÉES :

Préconisées par Lievain, et beaucoup d'autres - demandent un repérage clinique et radiologique difficile et trop souvent incomplet. Elles semblent d'autre part aggraver les conditions hemodynamiques, lorsque le malade est debout au repos (Van Hove).

Actuellement, elles ne sont le plus souvent utilisées que comme complément dans les cas malheureusement nombreux où les sinuosités des veines interdisent sur tout ou partie de leur trajet, le Stripping.

D.- L'INJECTION VEINEUSE RETROGRADE de SCLEROSANT APRES LIGATURE :

Cette méthode a été préconisée par Unger et pratiquée entre les deux guerres par les Anglais, puis introduite en 1946 par Werquin en France.

Elle consistait à injecter, après ligature, de fortes doses de sérum salé hypertonique ou comme Ménégaux du sérum glucosé hypertonique, mais elle a été depuis pratiquement abandonnée ou réduite comme par Olivier à l'injection de très petites doses de sclérosant. C'était en effet un procédé aveugle risquant d'attaquer la veine fémorale et responsable dans les anciennes statistiques chirurgicales de quelques cas de Phlébite profonde et d'embolie.

Kimmonth, Boyd, Lowenthal ont apporté à l'appui de cette conception de nombreux documents phlébographiques.

En effet, ils ont démontré que si une certaine quantité du liquide injecté restait dans la veine superficielle, la majeure partie passait directement dans les veines profondes par l'intermédiaire de la veine perforante du canal de Hunter. 10 minutes après l'injection une nouvelle phlébographie décelait la présence du liquide sclérosant dans la veine fémorale.

E.- METHODE MEDICO-CHIRURGICALE :

Enfin, d'autres chirurgiens sont favorables à une méthode mixte où les injections sclérosantes sont employées comme traitement de complément de la crossectomie, associée ou non au Stripping.

III.- INCIDENTS et ACCIDENTS

Outre les accidents inhérents à toute opération chirurgicale longue de 1 h à 1 h,30 et à une anesthésie générale prolongée, cette chirurgie veineuse comporte un risque majeur de Phlébites profondes et d'Embolies. Il est du reste assez important pour que la majorité des Chirurgiens américains essaient de la prévenir par un traitement anticoagulant systématique post-opératoire avec la surveillance et les contrôles qu'il comporte.

A.- THROMBOSES PROFONDES et EMBOLIES :

Pour ne citer que quelques statistiques :

Luke et Malles rapportent (16 thromboses profondes 6 embolies dont 4 mortelles (certaines, il est vrai, étaient peut-être dûes à l'injection sclérosante rétrograde)).

Boyd , (12 Phlébites profondes vues en 4 mois)

Mac Pheaters de Mineapolis (total des embolies 1,06 % - mortelles 0,53 - non mortelles 0,54 % - Morts post opératoire total 0,94 %).

Hope et Curlton relèvent une mortalité de 1 %

Kilbourne de Los Angeles de 0,4 %

Dodd 2 embolies sur 527 cas, Charr de Dublin 2 embolies non mortelles, 1 embolie mortelle sur 105 cas.

- Moore Knape 2 embolies mortelles sur 169 , Atlas 2 et 5 cas de thrombose profonde, Lowenberg 2 mortelles sur 228 cas.

Sans poursuivre cette longue et fastidieuse énumération, constatons seulement que les statistiques semblent s'accorder pour avoir en moyenne 1 % d'embolies dont 0,5 % de mortelles ... ce qui n'est pas négligeable devant la gravité mineure de l'affection traitée !

B.- AUTRES ACCIDENTS :

Nous ne ferons que citer :

- Les Hémorragies au cours de l'opération, facilement maîtrisées par la mise en position de Tredelenbourg.

- Les Hématomes longs à se résorber

- Les Gangrènes par ligature de l'artère fémorale :

(relatées par le Dr Léon Gilles dans le British Medical Journal de Mai 1954 ; au cours des 3 années précédentes, il avait assisté à 3 amputations, 2 au-dessus du genou, 1 au-dessous , par suite d'une ligature par erreur de l'Artère fémorale au lieu de la Saphène probablement par suite d'une anomalie de la Saphène interne qui peut passer en spirale autour de la partie latérale de l'Artère fémorale.
Joseph C Luke relate aussi cette éventualité (Clinical symposia July 1953)

Enfin ,

- Les incidents et accidents dûs à la Phlébographie préopératoire beaucoup moins rares qu'on a coutume de la dire. (ulcérations torpides - accidents d'intolérance idio syncrasiques au produit de contraste - extension ou bilatéralisation de phlébites)

IV.- Les R E S U L T A T S

A.- FONCTIONNELS :

Ils sont excellents, mais en tous points comparables à une bonne sclérose.

B.- ESTHETIQUES :

- a.- S'il s'agit uniquement d'une crossectomie sans Stripping la cicatrice parallèle au pli inguinal peut être considérée comme peu gênante.
- b.- Quant au stripping, surtout si les sinuosités des veines étaient considérables, nécessitant de multiples incisions, les résultats sont franchement inesthétiques, en particulier si les tissus sont de mauvaise qualité, pouvant même entraîner des désunions de cicatrice très longues à guérir surtout au niveau de la cheville ; et comme le dit Vacheron " Il est imprudent de provoquer sans nécessité dans la région la plus mal nourrie et la plus fragile d'un membre variqueux une plaie opératoire qui, fatalement, s'unit mal et parfois s'ulcère ".

C.- ELOIGNÉS :

C'est là que réside essentiellement la polémique chirurgiens - médecins :

Les premiers considérant qu'une opération bien conduite est presque toujours définitive, et que les récidives sont rares et tardives.

Or, les statistiques actuelles ne sont, le plus souvent, qu'incomplètes et ne permettent pas d'apprécier la fréquence des récidives médicales et chirurgicales :

= En effet, les chirurgiens ne revoient qu'une partie seulement de leurs malades 2 à 3 ans après l'opération, et constatent par contre de nombreuses récidives précoces ou tardives de malades traités par la méthode sclérosante :

- Soit que les malades aient abandonné une thérapeutique d'entretien
- Soit que la sclérose n'ait pas été faite dans de bonnes conditions, le patient abandonnant à la 2^e ou 3^e séance
- Soit surtout, que le traitement ait été incomplet, le médecin non phlébologue ne s'étant attaché qu'à scléroser les varicosités visibles en omettant la sclérose du tronc saphénique crural et de la crosse de la saphène interne, temps essentiel du traitement.

= Les médecins par contre voient venir à eux nombre de récidives après traitement chirurgical, soit précoces : l'opération fut incomplète : crossectomie seule, ligatures étagées insuffisantes, soit plus tardives, dûes au caractère même de l'évolution de la " maladie variqueuse ".

De toutes façons, nous pensons qu'un bon traitement médical (sclérose de tout le tronc saphénique et de sa crosse) et qu'un bon traitement chirurgical (crossectomie élargie + Stripping) ont ensemble des récidives aussi éloignées, mais qu'il sera à ce moment plus facile de réintervenir par quelques séances d'injections sclérosantes que par une nouvelle intervention chirurgicale.

- CONCLUSION :

Pour nous résumer : une chirurgie efficace devra presque toujours comporter actuellement : Crossectomie élargie selon Vacheron plus un Stripping de la Saphène interne et externe en 1 ou 2 temps et si besoin est, une ligature étagée ou une sclérose des veines non strippables.

-a.- Elle aura comme avantages sa rapidité, supprimant en un seul temps le reflux veineux et les troubles liés à la stase.

-b.- Elle aura comme Inconvénients :

- 1.- La nécessité d'une Phlébographie préopératoire, demandant un personnel entraîné, coûteuse, non dépourvue d'incidents et de résultats difficiles à interpréter
- 2.- Un séjour hospitalier d'au moins 8 jours, le plus souvent un arrêt de travail prolongé d'environ 3 semaines, des examens de laboratoire nombreux dans le cas d'un traitement anticoagulant préventif.
- 3.- Les inconvénients d'une opération longue (1 h,30 en moyenne) et d'une anesthésie prolongée.
- 4.- Les risques de thrombose profonde et d'embolies non négligeables (1 %)
- 5.- Un résultat esthétique toujours inférieur à une sclérose et souvent désastreux à la cheville.
- 6.- Enfin, des récidives qui, si elles sont parfois moins précoces que dans le traitement sclérosant pur, n'en sont pas moins fréquentes.

CHAPITRE DEUXIÈME

LE TRAITEMENT SCLÉROSANT ACTUEL

I.- SES PROGRÈS TECHNIQUES

Depuis Sicard qui rénova la méthode sclérosante en 1916 , celle-ci a fait de nombreux progrès par :

- l'amélioration et la variété de ses sclérosants
- sa meilleure compréhension thérapeutique
- ses variantes de technique

A.- AMÉLIORATION et VARIÉTÉ des SCLÉROSANTS :

Actuellement, les plus couramment employés sont :

1.- LE SALICYLATE DE SOUDE

Sclérosant fidèle, très maniable, que l'on peut concentrer ou diluer à volonté de 10 à 60 % , incolore, ce qui permet de noter immédiatement l'arrivée du sang dans la seringue, mais qui donne fréquemment une crampe douloureuse et passagère qui nous l'a fait abandonner au profit de 2 autres sclérosants :

2.- LE TETRADECYL SULFATE DE SODIUM à 2, 3 ou 5 % spécialisé en France sous le nom de Trombovar, qui a pour avantages sa limpidité, son injection indolore mais qui donne parfois une sensation de lourdeur pénible dans la jambe, une sclérose plus anarchique souvent éloignée du lieu d'injection, enfin qui n'est pas totalement dépourvu de réactions allergiques.

3.- LA SOLUTION IODOIODURÉE ,

où l'iodure de potassium est remplacé par l'iodure de sodium suivant les conceptions de Luter, introduits en France par Dorreau, et repris par Gerson.

Il nous semble le meilleur, le plus actif sclérosant facilement maniable, ayant une action douce et régulière, ne donnant ni escharres, ni pigmentations, ne provoquant ni vertiges ni crampes comme le Salicylate, n'ayant qu'un seul inconvénient, du reste relatif, sa couleur foncée, masquant le sang lors de l'injection, mais facilement éliminé en laissant une bulle d'air dans la seringue.

4.- LES MELANGES :

Salicylate, Morrhuate ; Salicylate - Glycérine ; Glucose biodure de Mercure ; Trombovar - Lugol, recommandés pour les cas " dits " résistants mais que nous n'avons jamais eu l'occasion d'employer n'ayant constaté pour notre part aucun cas résistant à l'Iode, au Trombovar ou au Salicylate sur plusieurs milliers d'injections sclérosantes.

B.- MEILLEURE COMPREHENSION du TRAITEMENT :

Des impératifs thérapeutiques ont été maintenant bien précisés par les phlébologues :

1.- Nécessité absolue de scléroser non seulement les ectasies visibles, mais aussi, sous peine de récides précoces, la saphène interne dans son segment crural jusqu'à sa crosse même si celle-ci n'est pas visible, mais seulement sensible au palper ou après "épreuve de la toux ".

2.- Tester la susceptibilité des parois veineuses du patient par des solutions diluées et savoir le cas échéant modifier la nature du produit, aucune veine ne réagissant de la même façon d'un individu à l'autre.

3.- Importance de la surveillance périodique de ces malades, au minimum semestrielle ou annuelle, 1 ou 2 séances sclérosantes d'entretien étant généralement suffisantes, mais nécessaires pour éviter toutes récides, la maladie variqueuse étant par nature une maladie chronique et EVOLUTIVE pouvant récidiver quelque soit la thérapeutique employée.

C.- VARIANTES de TECHNIQUE :

permettant d'augmenter l'efficacité de la sclérose ou de l'appliquer

dans certains cas particuliers.

Nous citerons seulement :

1.- L'intérêt de l'injection sclérosante dans une veine vidée de son sang, en position couchée ou même déclive car, comme le dit justement Tournay, " ce qui importe, ce n'est pas tant la concentration de la solution dans la seringue que sa concentration une fois dans la veine "

2.- La Méthode de ruissellement de Vacheron

" permettant de mieux orienter le sens de la sclérose dans un secteur variqueux déterminé et rendant possible l'introduction du liquide à travers une zone segmentaire saine pour agir sur des éléments variqueux sous jacents à un ulcère ou sculptant une peau fragile

3.- La Méthode d'Aizblock d'Orbach

consistant dans l'injection de quelques bulles d'air dans la veine avant l'introduction du liquide sclérosant permet d'augmenter l'effet sclérogène du produit employé et de diminuer ainsi sa concentration.

II.- INCIDENTS et ACCIDENTS de la METHODE SCLEROSANTE

1.- Nous ne ferons que citer les incidents mineurs, en fait dûs uniquement à une mauvaise technique :

- Escharres à la suite d'une injection extra veineuse
- Ecchymose due à la fragilité de la peau ou à l'emploi d'aiguilles de trop gros calibre.

2.- Plus fréquents, et nous y reviendrons, sont :

a.- LES HEMATOMES INTRAVARIQUEUX

b.- LES PERIVEINITES

c.- LES VEINITES EXTENSIVES plus rares

3.- Les incidents d'ordre général sont en fait minimes.

Avec l'iode : gout métallique passager après l'injection chez quelques patients.

Avec le Tétradecylsulfate de Sodium :

possibilité de réactions allergiques bénignes

Quant aux risques de Phlébite Profonde ou d'Embolies, ils sont négligeables, pour ne pas dire nuls, quelques cas isolés et d'authenticité douteuse ayant été constatés dans les premières années du traitement sclérosant.

Il faudra seulement remarquer que la sclérose de la crosse de la saphène externe devra toujours être prudente à cause de son calibre réduit, de sa position anatomique entre 2 aponévroses.

III.- R E S U L T A T S

A.- FONCTIONNELS :

Ils sont en tous points comparables à ceux de la chirurgie. Quant aux récidives, il nous semble qu'elles ne sont ni plus ni moins fréquentes qu'après un traitement chirurgical, et qu'elles sont dûes en partie à la formation de néo vaisseaux, à la dilatation progressive d'un canal collatéral ou à la reperméabilisation de la veine insuffisamment sclérosée. De toutes façons, elles seraient à coup sûr prévenues si le malade consentait à faire une révision périodique systématique, tous les ans de ses varices.

B.- ESTHETIQUES :

Ils sont excellents, la sclérose ne laissant que le cordon fibreux de la veine qui, au début légèrement saillant, se résorbe progressivement par la suite. Dans un faible pourcentage des cas, on peut constater chez des sujets à épiderme prédisposé une pigmentation cutanée le long de la veine traitée et exceptionnellement, une hypertrichose localisée au territoire injecté.

CHAPITRE TROISIÈME

INDICATIONS CHIRURGICALES

DISCUSSION

Il semble donc, après ce parallèle, que, jusqu'à présent, 2 catégories de malades relevaient plus d'un traitement chirurgical que d'un traitement sclérosant hebdomadaire.

1.- Les Cas Sociaux

2.- Les cas " d'une insuffisance saphénique totale avec dilatation veineuse considérable "

I.- CAS SOCIAUX

Il faut y inclure :

1.- Les cas fréquents, dûs à la carence de phlébologues compétents dans leurs villes, de malades provinciaux qui étaient dans l'impossibilité matérielle de suivre un traitement hebdomadaire dans un centre spécialisé éloigné de leur habitation : A une sclérose faite dans de mauvaises conditions une bonne chirurgie était nettement préférable et permettait au malade avec un minimum de déplacements, et un temps réduit dans un service hospitalier compétent de traiter en une seule fois ses varices,

2.- Tous ceux dont la profession itinérante ne permettait pas de suivre un traitement régulier hebdomadaire.

3.- Tous ceux enfin qui, soit pour des raisons sociales, soit par ce que trop impatients d'un résultat rapide, soit par ce que pusillanimes après une injection douloureuse ou une réaction de periveinite, abandonnent le traitement à la 1ère ou 2ème séance, se tournent vers la chirurgie et grossissent ainsi la statistique des échecs par traitement sclérosant,

II.- CAS des GRANDES INSUFFISANCES SAPHENIENNES

Ils sont très nombreux, ce qui souligne, l'intérêt d'un dépistage et d'un traitement plus précoce et plus efficace lorsque l'insuffisance valvulaire n'en est qu'à son premier stade.

Il faut distinguer 2 groupes :

1.- MALADES N'AYANT JAMAIS ETE TRAITES :

C'est l'histoire, hélas trop fréquente, du sujet aux environs de la quarantaine, envoyé parfois par son médecin du travail pour des troubles variqueux.

On retrouve souvent à l'interrogatoire une notion d'hérédité familiale et l'apparition dès l'adolescence de dilatations veineuses, surtout extériorisées le soir après une journée de travail ou après un effort sportif.

Bien souvent, lors du conseil de révision, le médecin l'avait déjà mis en garde, ou parfois réformé devant l'existence d'une insuffisance valvulaire à son 1er stade.

Puis, plus ou moins rapidement, celle-ci s'était complétée, favorisée par un relâchement tissulaire, une vie sédentaire, un travail statique et chez la femme par les grossesses successives.

Mais comme elle n'entraînait encore ni douleur, ni gêne manifeste, ni troubles de stase, le malade s'était accoutumé à son infirmité et avait jusqu'ici négligé tout avis médical. Ce ne sera donc, le plus souvent, qu'à l'apparition de pesanteur dans les jambes, de crampes, d'oedème des chevilles, d'eczéma, d'ulcère variqueux ou plus dramatiquement à la suite d'une rupture de varices, que le médecin sera amené pour la première fois à voir ces malades.

2.- MALADES AYANT DEJA ETE TRAITES :

A l'interrogatoire, on retrouve presque toujours :

- Soit une opération chirurgicale incomplète
- Soit un traitement médical insuffisant ou mal conduit, qui consistait :
 - ou en de simples prescriptions d'hygiène, de diététique ou de contention par bas à varices
 - ou en une sclérose faite avec une mauvaise technique ,
80 % des malades avouant n'avoir jamais reçu
d'injections au-dessus du genou.

Quoiqu'il en soit, le médecin se trouve devant le tableau classique de la grande insuffisance saphénienne.

A.- INSUFFISANCE TOTALE de la SAPHENE INTERNE :

Sur la face dorsale du pied, un réseau d'énormes méandres serpente sur des tissus rouge violacés, parfois pigmentés, présentant souvent sur leur trajet des ectasies bleuâtres prêtes à se rompre.

Au niveau de la malléole interne, les tissus sont minces, cyanosés, présentant souvent un début d'ulcération (ou parfois la cicatrice pigmentée et fragile d'un ancien ulcère variqueux).

Déjà même un certain degré d'œdème ou même de sclérose annulaire avec son manchon étroit de peau brunâtre et brillante, enserre le 1/3 inférieur de la jambe.

On suivra ensuite tant par la vue que par le palper, en s'aidant du signe de Schwartz, le trajet de la saphène interne insuffisante ; débutant en avant de la malléole interne, elle monte, dilatée et sinueuse, à la face interne de la jambe, s'épanouissant en de nombreuses ramifications descendantes; branches filant vers le mollet, branches hautes et basses croisant la crête du tibia se réunissant souvent par de nombreuses anastomoses à la face interne du genou et au niveau du condyle fémoral interne pour former d'énormes paquets variqueux en " tête de méduse " ou en grappes de raisin.

On la suit encore, rémittente dilatée, en arrière du condyle interne, pour la perdre souvent au 1/3 moyen de la cuisse où elle est masquée par les muscles et les tissus adipeux, et la retrouver au niveau du triangle de Scarpa où sa crosse, parfois visible et turgescente, est du moins presque toujours palpable si on a soin de la rechercher, debout, en position déhanchée et après épreuve de l'impulsion à la toux.

B.- INSUFFISANCE TOTALE de la SAPHENE EXTERNE :

A ce tableau de grande insuffisance de la saphène interne, s'associe très souvent une insuffisance partielle ou totale de la Saphène Externe :

Visible en arrière de la malléole externe, puis dans son trajet sus aponévrotique, elle disparaît à la partie moyenne de la jambe cheminant dans un dédoublement aponévrotique. Il faudra la rechercher au doigt entre les jumeaux puis essayer, en faisant fléchir le genou, de repérer sa crosse, parfois dilatée, au niveau de l'interligne articulaire.

A ce niveau, très souvent se détache " la grande veine anastomotique qui remonte à la face interne de la cuisse pour s'ouvrir dans la saphène interne ou son accessoire. Elle est parfois très dilatée alors que la saphène externe à sa partie terminale peut sembler normale ".

Il restera à établir rapidement le degré d'insuffisance veineuse non seulement par la mise en évidence de l'insuffisance ostiale de la crosse de la saphène interne par le signe de Tredelenbourg, mais aussi de l'insuffisance des perforantes par l'épreuve des garrots étagés que l'on recherchera aux 5 points d'émergence les plus fréquents : Pointe du Triangle de Scarpa - Canal de Huhter - face interne du mollet , en se rappelant que les paquets variqueux peuvent être à quelque distance de la communicante anormale.

C.- INSUFFISANCE PARTIELLE de la SAPHENE INTERNE :

Dans certains cas, il n'existe pas d'insuffisance ostiale de la crosse de la saphène interne, mais seulement celle d'une ou plusieurs perforantes, conditionnant par leur niveau d'émergence, la topographie variqueuse.

Celle-ci peut se résumer à un réseau variqueux très développé périarticulaire, géniculé ou tibiotartien. Dans ces cas, notre méthode quoique moins indispensable, donnera là encore les meilleurs résultats.

III.- D I S C U S S I O N

Dans tous ces cas de grande insuffisance saphénienne, le traitement chirurgical pouvait être préféré à la sclérose habituelle hebdomadaire en raison :

1°.- de sa rapidité et de son efficacité

2°.- de la difficulté du traitement sclérosant dû à l'importance des dilatations variqueuses et de l'hyperpression veineuse considérable.

En particulier :

a.- Des quantités plus importantes de liquide à injecter pour sclé-
roser la crosse de la saphène interne et réaliser un barrage effec-
tif à ce niveau.

b.- De la sclérose en plusieurs temps du tronc de la saphène interne
laissant dans l'intervalle des séances s'exercer toute la pression
veineuse, véritable coup de bélier sur un segment sclérosé ou en
voie de sclérose, celle-ci n'étant achevée que vers le 5^e ou 6^e
jour ou parfois plus tardivement.

c.- Par l'efficacité relative, d'une bande, bas à varices ou Blasto-
plaste local, donnant toujours dans ces cas et quand ils sont
encore acceptés par le malade, une contention insuffisante.

d.- Par des incidents locaux fréquents dûs :

- 1.- à un manque de contention efficace , le processus sclé-
rosant se faisant sur une veine pleine de sang
- 2.- à un traitement dit " ambulatoire " mais qui n'est, le
plus souvent, que " statique " : position debout, piéti-
nement, ou pire encore et la plus fréquente pour beaucoup:
position assise, jambes pendantes
- 3.- à ce que le médecin n'est pas maître des réactions de
périveinite même en modifiant les concentrations ou
l'espace entre 2 injections sclérosantes.

D'où des incidents fréquents qui, s'ils n'en sont pas moins
bénins, sont douloureux, prolongent inutilement le traitement et
finissent par discréditer dans ces cas la méthode sclérosante auprès
du médecin et du malade.

Ce sont surtout : les Périveinites et leurs complications,
les hématomes intravariqueux, les veinites extensives plus rares.

(A)

LES REACTIONS DE PERIVEINITE

Elles sont provoquées, non seulement par une concentration
trop forte du liquide sclérosant ou par une sensibilité spéciale des
tissus, mais surtout par une " stase " due au manque de contention et
par des " microtraumatismes " répétés tel le frottement du pantalon
ou de la jaretelle sur une veine en voie de sclérose.

Comme le dit justement Karl Sigg :

" Des périveinites peuvent se produire en dépit d'une technique soigneuse. Elles sont parfois causées par un surdosage, mais peuvent aussi apparaître lorsque d'importants oedèmes préexistaient au moment de l'injection ou lorsque l'endroit injecté n'a pas été assez fortement bandé par la suite ".

De plus, il n'y a aucun parallélisme entre le degré de périveinite et celui de veinite : La périveinite n'est pas sclérogène et et même dans ses formes extensives, la sclérose n'aura été effective que sur un court trajet au niveau de l'injection sclérosante.

Ces périveinites peuvent être classées en 2 groupes :

1.- TYPE REACTIONNEL MOYEN

La périveinite apparaît après 1 ou 2 jours, parfois le soir même du traitement sclérosant, sous forme d'un cordon inflammatoire de 4 à 10 cm au dessus du lieu d'injection.

Elle peut être très douloureuse au niveau des articulations, genoux, creux poplité, cou de pied entraînant une difficulté à la marche et parfois un arrêt de travail. Elle rétrocedera lentement sous l'influence des pansements humides et antiphlogistiques. Le résultat final sera bon, mais il aura prolongé inutilement le traitement, aura été douloureux sans entraîner pour cela une meilleure qualité de sclérose.

2.- TYPE REACTIONNEL INTENSE

La périveinite, au lieu de rester localisée, s'est étendue loin en aval et en amont du lieu d'injection. Elle se présente sous forme de gros placards rouge sombre, violet, englobant les téguments sur une surface de 10 à 15 cm, extrêmement douloureux, surtout à la face interne de la cuisse et du genou entraînant une marche pénible, due au frottement contre la cuisse opposée.

Cette réaction fera parfois penser à la possibilité d'un phlegmon qui sera éliminé par l'absence d'adénopathie et de fièvre élevée.

Sous l'effet des pansements humides, ouataplasmes, antiphlogistiques, phénylbutazone, ce "pseudophlegmon" regresse rapidement en 3 à 4 jours sans jamais suppurer, laissant apparaître progressivement le cordon induré de veinite.

Il n'en est pas moins vrai que le résultat thérapeutique est médiocre :

- 1.- de larges indurations persistent souvent
- 2.- La pigmentation des téguments ou l'apparition d'une capillarité sont fréquents.
- 3.- La réaction s'est faite circulairement, la longueur totale du segment sclérosé est réduite
- 4.- La reprise d'un traitement solérosant 2 à 3 semaines après décourage le plus souvent le malade.

(B)

HEMATOMES INTRAVARIQUEUX

Ils sont d'autant plus fréquents que les ectasies variqueuses sont plus volumineuses et sont dûs à une mauvaise contention après les injections sclérosantes.

- Ces collections hématiques, bien que bénignes, sont inesthétiques, gênantes, parfois douloureuses, et de plus, conduisent par leur volume à une irritation cutanée locale.

Il faut, sous peine de pigmentation cutanée ultérieure, et d'indurations persistantes, les ponctionner comme l'a préconisé Tournay avec une fine pointe de bistouri et évacuer les caillots par pression digitale. Karl Sigg rapporte que dans 20 % des traitements, il avait été contraint d'inciser ces hématomes.

Cette ponction se fera du 10^e au 20^e jour, lorsque le caillot sera organisé, et bien qu'elle ne nécessite pas d'anesthésie elle sera en fait douloureuse et devra souvent être répétée à une séance ultérieure à cause de l'importance du thrombus à évacuer.

De plus, la veine reste, en général, perméable et devra recevoir, par la suite une nouvelle injection sclérosante.

(C)

LES REACTIONS 'DE " VEINITE EXTENSIVE "

Elles sont beaucoup plus rares. Elles peuvent être déclenchées lors de la 1^{ère} injection ou plus tardivement.

Brusquement, alors que les premières injections n'avaient souvent donné aucun résultat, se manifeste une réaction de veinite s'étendant pendant 2 à 3 jours, sans toutefois atteindre le système veineux profond. Mais là encore, comme le dit justement Gerson, " La périveinite domine le processus, alors que l'endoveinite sclérogène reste limitée ".

En conclusion, bien que nombre de résultats obtenus par la seule méthode sclérosante habituelle soient excellents, le phlébologue, devant un sujet présentant une grande insuffisance variqueuse, ne se sentait pas entièrement maître de sa sclérose :

Il ne pouvait en effet prévenir à coup sûr les hématomes intra variqueux, les veinites extensives, les périveinites avec leurs sequelles de placards indurés et de capillarite.

Il devait avancer lentement et prudemment, variant d'une visite à l'autre les concentrations ou les qualités du liquide sclérosant, évacuant les thrombi des grosses ectasies, rapprochant ou espaçant les séances suivant l'importance des réactions de périveinite.

C'est pourquoi il hésitait souvent à entreprendre ce traitement au " long cours " et confiait cette catégorie de malades au chirurgien.

C'est principalement donc dans les 2 groupes que nous venons de décrire :

" Grande insuffisance saphénique associée
ou non à des troubles de stase "

" Cas sociaux "

que nous proposons notre traitement :

" de sclérose en une seule séance des saphènes
variqueuses par injections multiples et appli-
cation de bandes élastiques adhésives après
protection des téguments par des bas nylon "

technique que nous avons mise au point à la
consultation de Phlébologie de l'Hôpital Bichat,
et appliquée avec un complet succès à plus de 160
cas, malheureusement moins souvent que nous le
voulions, parce qu'elle a l'inconvénient de durer
en moyenne $\frac{1}{2}$ heure, ce qui en limite son utilisation
dans une consultation hospitalière surchargée de
malades.

DEUXIEME PARTIE

MÉTHODE ORIGINALE DE SCLÉROSE

EN UN SEUL TEMPS

DES SAPHÈNES VARIQUEUSES

CHAPITRE PREMIER

SES PRINCIPES

Cette méthode vise à " une sclérose homogène continue et uniforme des gros troncs saphéniques, se faisant sur des veines vidées de leur sang ".

Elle repose essentiellement sur 3 données : la multiplicité des injections - la contention - le repos.

1.- La MULTIPLICITE des INJECTIONS :

Elle a pour but la sclérose HOMOGENE des troncs saphéniques; les veines étant irritées et contractées d'une façon UNIFORME sur tout leur parcours par le liquide sclérosant.

Prenons pour exemple le cas du médecin phlébologue devant un malade atteint de la grande insuffisance veineuse : En employant la classique méthode sclérosante hebdomadaire, il ne sera jamais complètement maître de sa sclérose et pourra difficilement prédire à coup sûr le type de réaction que présentera son malade lorsqu'il le reverra la semaine suivante.

3 types de réaction pouvant en effet se présenter :

a.- Une PERIVASINITE : douloureuse, plus ou moins étendue le long du trajet de la Saphène, devant, comme nous l'avons dit, faire interrompre provisoirement le traitement sclérosant, donnant une moins bonne qualité de fibrose et laissant souvent place à une pigmentation disgracieuse ou à une capillarite très tenace.

b.- AUCUNE SCLEROSE NE S'EST PRODUITE : Il faudra donc, dans ce cas, recommencer la sclérose en variant la concentration, la quantité, la nature du produit injecté, avec le risque de déclencher

brusquement après la 2^e ou 3^e injection infructueuse une réaction très étendue de périveinite ou de veinite extensive.

c.- UN SEGMENT SEUL DU TRONC SAPHENIEN A ETE SCLEROSE

La qualité même de cette sclérose tronculaire est menacée à tous moments par la puissante poussée de la pesanteur.

C'est dire l'intérêt capital d'être certain d'avoir, en une seule fois, une sclérose HOMOGENE et CONTINUE de tout le tronc saphénique, de son début malléolaire à sa terminaison dans la veine fémorale, opposant ainsi un solide barrage à l'hyperpression veineuse : facteur essentiel de la solidité et de la qualité du traitement sclérosant.

2.- La CONTENTION :

Elle est l'élément indispensable à la réussite du traitement sclérosant en un seul temps : Elle a pour but de rapprocher au maximum les parois veineuses, à applatir les grosses ectasies et s'opposer au retour sanguin dans des veines en voie de sclérose.

C'est en partie grâce à elle que nous avons réduit au minimum les réactions de périveinite, ainsi que les hématomes intra-vari-queux.

En effet, si la contention a remarquablement été mise au 1^{er} plan, par de nombreux auteurs dans le traitement des phlébites, des ulcères variqueux, des troubles de stase, des séquelles post-phlébitiques elle est, le plus souvent, complètement délaissée dans le traitement sclérosant pur ; les uns se bornant, après avoir maintenu la jambe surélevée quelques minutes, à l'application d'un simple leucoplaste, d'autres, au port d'une bande ou du bas à varices habituel, d'autres enfin, ne faisant qu'une contention segmentaire à l'Elastoplaste au niveau des grosses ectasies variqueuses. Le Dr Karl Sigg admet du reste que beaucoup de périveinites sont dues à une mauvaise contention " surtout à la cuisse où il est difficile de fixer un pansement compressif ".

Au début, nous avons essayé de pratiquer une contention locale au point d'injection, ainsi qu'au niveau des grosses ectasies, en employant de préférence un carré de caoutchouc mousse ou d'ouate bien serrée, découpée aux ciseaux, souvent recouvert par un carton, le tout maintenu par un fragment de bande Elastoplaste étiré au maximum.

(Il faut toujours éviter le "tour circulaire" qui peut faire garrot et entraîner de ce fait un oedème sus-jacent).

Malgré les bons résultats obtenus, nous sommes rapidement arrivés à la conclusion que cette compression était insuffisante ou trop segmentaire et que, seule, une bande élastique complète pouvait donner une contention adéquate :

- Les bandes élastiques caoutchoutées étaient dangereuses si elles n'étaient pas appliquées de façon intermittente. Quant aux bas à varices avec cuissard, ils étaient toujours très mal supportés dès l'apparition d'une périveinite.

- Finalement, seules les Bandes élastiques adhésives, plus pratiques et plus efficaces que les "Viscobandes" et que les bandes à la colle de Una, pouvaient répondre à nos besoins et donner une contention satisfaisante.

- Cependant, elles avaient 2 inconvénients majeurs,

a.- NECESSITE DE RASER LA PEAU

Afin de ne pas provoquer une épilation pénible au moment de l'enlèvement de la botte, malgré l'usage d'une bonne quantité d'éther, il fallait demander aux sujets tant soit peu velus de se raser complètement les jambes, opération souvent délicate sur des peaux fragiles ou de mauvaise qualité

b.- INTOLERANCE CUTANEE

Elles donnaient parfois des réactions cutanées se traduisant par du prurit ou des réactions douloureuses, qui nous obligeaient à enlever trop rapidement la botte pour ne pas voir se développer de véritables poussées d'eczéma sec ou suintant,

- Les résultats n'ont pas été sensiblement meilleurs en utilisant les bandes Elastoplastes formule S enduites seulement sur la moitié de leur largeur, qui évitaient en principe ces inconvénients en permettant de n'appliquer sur la peau que la partie vierge d'enduit, mais qui étaient difficiles à poser et ne donnaient pas de contention aussi efficace.

- Aussi, après des essais avec des jerseys fins comme pour les fractures, nous avons eu l'idée de protéger les téguments à l'aide de bas nylon ordinaire, puis de faire sur ceux-ci une botte Elastoblaste adhésive perméable à l'air allant des orteils au pli inguinal.

- Grâce à cette technique :

- 1.- Nous avons toujours obtenu une contention parfaite (les bas facilitant de plus la mise en place et le maintien des bouffets compressifs)
- 2.- Nous n'avons jamais observé un seul cas d'allergie ou de réaction cutanée (du reste, les intolérances au nylon ne sont pas dues le plus souvent au nylon même, mais au colorant utilisé et sont, de fait, exceptionnelles avec les bas nylon ordinaires).
- 3.- La botte élastique est facilement applicable, ne nécessitant ni rasage, ni préparation préalable des téguments.
- 4.- Elle est également facilement et rapidement enlevée, en quelques minutes avec des ciseaux sans laisser de traces.

3.- Le R E P O S :

Il est un dogme phlébologique impératif depuis la méthode sclérosante de Sicard : "Le Traitement est et doit être ambulatoire"

- Ceci, et nous en sommes convaincus, reste valable pour toutes les varices de petit ou moyen calibre dispersées sur les jambes, ainsi que pour les insuffisances saphéniennes légères traitées par la sclérose hebdomadaire.

Nous reconnaissons bien volontiers avoir obtenu sur les insuffisances saphéniques des sujets jeunes des résultats spectaculaires avec une ou deux injections sclérosantes réparties sur une saphène interne commençant à se dilater et à décrire ses méandres.

- Mais il nous semble cependant que dans les insuffisances saphéniennes importantes, surtout quand elles s'associent déjà à un début de troubles trophiques : cyanose malléolaire, oedème, pachydermie, placards pigmentés, puis plus tard ulcère variqueux, cette notion doit être amendée sin n précisée :

1.- Qui dit " ambulatoire " dit presque toujours sinon pour le médecin, du moins pour le malade "Liberté d'action".

Celle-ci consistera pour lui presque exclusivement en station debout ou assise favorisant grandement la stase veineuse. Du reste, comment en serait-il autrement dans la plupart des métiers ?

2.- La majorité des malades, à la moindre réaction douloureuse, préfèrent une station assise à une marche douloureuse en boitant.

3.- La botte, même la plus parfaite, finit par se relacher à la marche et généralement après quelques jours, n'oppose plus un barrage aussi efficace à l'hyperpression veineuse.

4.- Du reste, la plupart des ulcères variqueux et des troubles de stase guérissent spontanément en quelques jours par le seul décubitus jambes surélevées, ce qui a fait, du reste, la fortune momentanée de maints traitements dermatologiques locaux, lorsque le repos avait été en même temps préconisé (c'est cette méthode déjà ancienne que j'ai vue le plus fréquemment utilisée pendant mon séjour hospitalier aux U.S.A.

5.- Déjà dans le traitement classique des varices de calibre moyen, nous demandons souvent au malade de venir de préférence le Vendredi soir après son travail, pour lui permettre de prendre un repos de 48 heures, jambes surélevées, entrecoupé par de petites marches et par des exercices volontaires de flexion et d'extension des membres inférieurs,

6.- A plus forte raison dans le cas de notre traitement en un seul temps un arrêt de travail de 3 à 6 jours, bien que non indispensable (à cause de notre contention très efficace) est du moins très souhaitable pour ces malades, car il permettra de mettre ceux-ci dans les meilleures conditions de traitement, permettant :

- d'une part de lutter efficacement contre la stase veineuse.

- d'autre part d'être sur que la réaction sclérogène, durant 4 à 8 jours, se produise dans des veines vides de sang.

Nous le comprenons comme il suit :

a.- Le patient fera plusieurs fois dans la journée de courtes périodes de marche.

b.- La position assise, jambes pendantes, la position debout avec piétinement lui seront formellement interdites.

c.- Le reste du temps sera préconisé : le repos au lit, les membres inférieurs en position $\frac{1}{2}$ fléchie et surélevée.

- un oreiller mis sous les cuisses, un autre sous les jambes - avec à intervalle régulier l'exécution de quelques mouvements de pédalage ou de flexion et d'extension des membres inférieurs.

- Ce repos ainsi conçu et bien que non indispensable est facilement accepté par les malades qui préfèrent tous un résultat plus rapide et plus efficace à une guérison éloignée comportant de nombreuses visites hebdomadaires, se soldant finalement par une perte de temps plus importante, et comme le disaient justement Louvel et Laubry "la surveillance de cette sclérose est ainsi plus aisée et l'évolution vers une reprise fonctionnelle plus rapide".

- D'autre part, il est bien naturel, du point de vue social, de demander 8 jours minimum de repos à un sujet dont on se propose de scléroser toute une saphène, alors que pour une entorse bénigne, la Sécurité Sociale lui accorde 8 jours de repos suivis de séances de massage !

CHAPITRE DEUXIÈME

EXPOSÉ TECHNIQUE DE NOTRE MÉTHODE

(A) → M A T É R I E L

Il comprendra :

1.- La TABLE d'EXAMEN :

L'idéal serait une table mue par un moteur électrique comme celle de Tournay ou de Vacheron, permettant de faire prendre au patient toutes les positions : debout, assise jambes allongées ou pendantes, couchée ou même déclive.

En fait, la simple table gynécologique peut largement suffire, permettant, grâce aux étriers, de maintenir les jambes surélevées après les injections sclérosantes et pendant l'application de la botte.

2.- Les FICHES d'OBSERVATION :

Elles devront être du même format, 20 X 12 de préférence, toujours être rédigées suivant le même plan et seront constituées lors de la première visite.

Nous y reviendrons.

3.- L'INSTRUMENTATION :

a.- SERINGUES :

Nous employons des seringues de 3 cm³ avec embout de verre non excentré (les embouts métalliques ayant l'inconvénient de masquer le reflux sanguin)

b.- AIGUILLES -

Nous employons des aiguilles de 5/10 à 8/10, biseau long - Dimensions 2 1/2 (celles de 6/10 sont le plus fréquemment utilisées)

c.- MATERIEL POUR LA BOTTE ELASTIQUE :

- 2 à 3 bandes ELASTOPLASTE modèle B - 2 m, 50 sur 8 cm (Laboratoire FISCH - Mulhouse-Dornach)
- 2 paires de bas nylon usagées si possible sans couture, que le malade devra apporter lors de la 2^e visite.
- de plus, coton, plaques de caoutchouc mousse, pâtes à l'eau, Eosine alcoolique 2 % - talc complètent le matériel

4.- PRODUITS SCLÉROSANTS :

Nous ne reviendrons pas sur leurs qualités respectives.

Nous avons employé presque exclusivement 2 sclérosants :

1.- LA SOLUTION IODOIODURÉE

Pour en faciliter l'emploi, nous préparons 2 capsules stériles l'une contenant la solution faible à 1 %, l'autre la solution forte à 2 %

2.- LE TROMBOVAR à 1 et 3 % - très rarement à 5 %.

 SCHEMA DU TRAITEMENT

Il comprendra 3 visites :

- 1.- VISITE INITIALE et injection d'essai
- 2.- 2^e VISITE : 8 jours après où sera pratiqué le traitement sclérosant en 1 seul temps suivi de l'application de la botte élastique.
- 3.- 3^e VISITE : 8 à 10 jours après le traitement sclérosant, où sera pratiqué :

- L'enlèvement de la botte.
- La révision systématique des segments non sclérosés - une ou plusieurs injections sclérosantes d'appoint si nécessaire.

Il devra être complété par une visite de révision 3 mois après puis régulièrement tous les 6 mois ou tous les ans, prévenant ainsi toute possibilité de récidives importantes.

I La VISITE INITIALE

1.- Etablissement de la fiche d'Observation :

Elle comprendra 3 parties :

a.- UN INTERROGATOIRE où il faudra noter :

1.- la date, les circonstances d'apparition des varices, leurs aggravations après les grossesses, les troubles, endocriniens, les traumatismes et surtout le métier du sujet.

2.- La notion d'hérédité familiale

3.- Les antécédants de Phlébite, périphlébite, infections post-partum ou postabortum, opérations chirurgicales

4.- Les possibilités d'une affection générale : hépatique, pulmonaire, cardiaque, rénale ou endocrinienne.

5.- L'existence d'un traitement antérieur : chirurgical, sclérosant ou thermal

6.- La notion d'allergie :

- + soit générale : urticaire, asthme, oedème de allergie aux produits iodés par voie buccale
- soit locale : intolérance au sparadrap, aux pommades

7.- La présence d'un dysfonctionnement thyroïdien manifeste

b.- UN EXAMEN QUI COMPRENDRA :

- 1.- Une étude du malade en position debout et couchée
- 2.- la recherche des signes d'insuffisance par 3 méthodes :
 - Signe de Schwartz
 - Signe de Tredelembourg (direct et modifié)
 - Signe de la toux (avec impulsion et frémissement de la crosse insuffisante)
- 3.- La prise rapide des oscillations des membres inférieurs
- 4.- La recherche systématique du sucre et de l'albumine dans les urines à l'aide des clinico-tests.

c.- UN SCHEMA PRECIS

comprenant non seulement un dessin des varices visibles mais aussi de celles seulement repérables par le toucher (que l'on inscrira en pointillé sur le schéma) et de toute pigmentation, capillarité, marbrure, varicosité (dont il faudra faire remarquer au malade l'existence avant tout essai de traitement sclérosant).

Après cet examen, le médecin phlébologue sera en mesure :

- 1.- D'éliminer les cas des varices secondaires à une Phlébite ancienne, parfois passée inaperçue
- 2.- De détecter les rares contreindications aux injections iodées :
 - Sévère Dysfonctionnement thyroïdien
 - Réactions allergiques à l'iode par voie buccalechez lesquelles nous utilisons de préférence le Tétradecyl Sulfate de Sodium.
- 3.- De réserver le traitement sclérosant hebdomadaire aux varices inesthétiques et aux insuffisances saphéniques à leur premier stade.
- 4.- De conseiller, comme nous l'avons déjà dit, le traitement en 1 seul temps dans tous les cas de grande insuffisance veineuse, de varices énormes d'éponges, d'ectasies variqueuses, associés ou non à des troubles de stase et enfin, dans tous les cas où un résultat rapide est souhaitable.

2.- Une injection sclérosante d'essai :

Cette injection sera faite avec 2 ou 3 cm³ de solution iodo iodurée faible, toujours à distance du tronc saphénique et des volumineuses veines que l'on doit scléroser 8 jours plus tard, de façon à éviter la possibilité d'une réaction inflammatoire trop étendue ou trop intense pouvant gêner la sclérose ultérieure en un seul temps. Au besoin, elle sera pratiquée sur une varice de la jambe opposée.

Cette injection d'essai a une double valeur :

1.- PSYCHOLOGIQUE :

Elle mettra les malades anxieux en confiance pour le traitement suivant en leur démontrant l'innocuité et l'indolence de celui-ci

2.- DE TEST :

Pour juger de la sensibilité veineuse du sujet au produit employé, mais en aucun cas, elle ne pourra être assimilée à un test de réaction allergique au liquide sclérosant.

II. - DEUXIEME VISITE

8 jours après la visite initiale où sera pratiquée notre méthode de sclérose en un seul temps.

On devra procéder successivement :

A.- A une enquête des résultats de l'injection d'essai

et à l'appréciation de l'étendue et de l'intensité de la réaction sclérosante qui donnera une notion générale de la sensibilité de l'endothélium veineux au produit employé.

B.- Aux injections multiples

1 Nouvelle étude du malade en position debout où l'on manquera au crayon dermagraphique les points que nous nous proposons d'injecter.

2 La position du malade au moment des injections dépendra du volume des ectasies veineuses : assis jambes pendantes, debout se tenant aux étriers, ou couché pour les grosses ectasies.

3 Injections

a) TECHNIQUE DE L'INJECTION

Ce sera la technique habituelle des injections sclérosantes :
- Désinfection des téguments à l'alcool - la veine sera cathétérisée après un court trajet sous dermique, l'aiguille formant avec les téguments un angle très aigu.

Il est à noter que nous laissons parfois une bulle d'air dans la seringue lorsque nous employons la solution iodo iodurée, afin de mieux voir le reflux sanguin, qui, du reste, avec un bon éclairage et un peu de pratique, s'apprécie rapidement par sa couleur plus foncée.

Que, d'autre part, lorsqu'il s'agit du Tétradécyl Sulfate de sodium, nous employons volontiers la technique d'air block " d'Orbach en agitant la solution et en injectant celle-ci en partie sous forme d'écume.

Une fois l'injection terminée, nous retirons d'un mouvement rapide l'aiguille, et appliquons sur le lieu de ponction un tampon épais d'ouate sèche que nous maintenons sans serrer par une bande d'Esmach fixée par une pince de Pean.

Ces bandes d'Esmach, que nous préparons d'une longueur d'environ 50 cm, ont l'intérêt d'avoir une largeur de 6 cm et d'exercer ainsi une pression uniforme, fixant admirablement bien le coton sans aucune striction comme le faisait un garot ordinaire, et évitant ainsi le risque de provoquer une fuite du liquide sclérosant vers la circulation profonde.



L I E U , C H R O N O L O G I E ,

QUANTITE et CONCENTRATION des INJECTIONS SCLEROSANTES

1.- P R I N C I P E S

Examinons en premier lieu les principes directeurs devant guider notre thérapeutique.

Il faudra ;

△
1

S'attacher à scléroser le tronc saphénique principal, de sa crosse à sa terminaison ainsi que ses collatérales importantes, réservant les branches secondaires, pour la fin de la séance ou pour la 3^e visite.

△
2

Choisir son point d'injection en peau saine, sur un bon segment veineux, même si celui-ci est un peu à distance de l'ectasie principale.

3

Se rappeler que la sclérose de la Saphène Externe devra toujours être prudente, en raison : de son faible calibre et de son cheminement dans un dédoublement aponévrotique pouvant provoquer une périveinite mal supportée et surtout de la rapidité avec laquelle dans ces vaisseaux peu dilatables, le produit sclérogène pénètre dans la veine poplitée pouvant occasionner, rarement il est vrai, une propagation au réseau profond (quelques cas ayant été observés lorsqu'un lien compressif avait été placé par erreur au dessus de la zone d'injection (Tournay)

4

Se souvenir enfin ,

- que là où la stase est importante, la sclérose sera facile et demandera une concentration moindre de sclérosant, mais une contention plus efficace
- que d'autre part, plus la veine est petite, plus l'injection risque d'être difficile et d'entraîner un spasme veineux. C'est dire là encore la consigne impérative de toujours débiter par les gros troncs veineux et de terminer la séance par les ramifications plus difficiles, les injections périulcéreuses et les veines du pied.

.....

2.- SCHEMA de la TOPOGRAPHIE des INJECTIONS SCLEROSANTES

Pour préciser ces notions théoriques, nous donnerons maintenant sous forme de plan le nombre, le lieu et la concentration des injections sclérosantes dans un cas type "d'insuffisance totale des saphènes", ceci n'ayant, bien entendu, que la valeur d'un schéma, devant être modifié ou adapté à chaque cas particulier.

Nous employons la solution iodo iodurée :

- | | | |
|------------|---|-------------------------|
| a.- simple | { | - Iode 1 g |
| 1 % | | - Iodure de sodium 2 g |
| | | Eau 100 cc |
| b.- Double | { | - Iode 2 g. |
| 2 % | | - Iodure de sodium 4 g. |
| | | - Eau 100 cc |

A.- SEGMENT CRURAL :

Moyenne :

- Nombre d'injections ; 3
- Quantité totale : 9 cm³
- Concentration Sol Double

1ère INJECTION

- Veine Saphène interne à son niveau supracondylien
- 5 cm³ Solution simple ou 3 cm³ Sol. double

Cette injection devra être assez forte pour que le liquide sclérosant atteigne la partie moyenne de la cuisse où la veine est souvent peu repérable, masquée par les muscles ou par les tissus adipeux

2ème INJECTION

- Veine Saphène Interne à la partie moyenne de son segment crural
- 3 cm³ Sol. Double.

- 3 ème INJECTION - Veine Saphène Interne au triangle de Scarpa
 - 3 cm³ Sol. Double

B.- SEGMENT JAMBIER :

Moyenne Nombre d'injections 4 à 5
 Quantité totale 10 à 15 cc
 Concentration : Sol. Simple

- 4 ème INJECTION : - Veine Saphène interne 1/3 Supérieur jambier
 - 3 cm³ Sol. Simple

- 5 ème INJECTION : - Veine Saphène interne au dessus de la malléole
 Interne
 - 3 cm³ Sol. Simple

- 6 ème INJECTION : - Suivant les cas : grosses collatérales de la
 Saphène interne
 - 2 cm³ Sol. Simple

- 7 ème INJECTION : - Saphène Externe, si elle est insuffisante
 ou au besoin, son anastomose avec la Saphène
 Interne
 - 2 à 3 cm³ Sol. simple.

Il est à noter, comme nous l'avons déjà fait remarquer, que :

- 1.- La partie supérieure de la Saphène externe est fréquemment peu repérable si on ne prend pas la précaution de faire fléchir le genou
- 2.- La Sclérose devra toujours être modérée (si possible à quelque distance de la crosse)

C.- CROSSE de la SAPHENE INTERNE :

- 8 ème INJECTION : - Crosse de la Saphène interne ou légèrement au-dessous
- 3 à 4 cm³ Sol. Double.

Nous avons l'habitude de terminer par l'injection de la crosse de la Saphène interne, le plus fréquemment en position debout. Il faudra savoir souvent attendre quelques minutes son extériorisation ou la rechercher en s'aidant de son impulsion et de son frémissement à la toux.

Au total, nous injectâmes en moyenne 10 à 13 cc de Solution Iodi Iodurée à 1 % et environ la même quantité à 2 %

Si certains peuvent s'étonner des quantités de solution iodo-iodurée à employer, nous sommes en mesure d'affirmer :

- 1.- que grâce à " la contention " tout risque de propagation au système veineux profond est écarté.

Sur plus de 160 cas, nous n'avons eu aucun incident ou accident si minime soit-il.

- 2.- qu'en fait, la quantité totale d'iode injectée est toujours largement inférieure à celle employée journellement par les radiologues, dans les urographies ou plus encore, dans les Spleno portographies !

- Donnons à titre d'exemple la dose totale d'iode injectée au cours d'une urographie : Tenebryl (pourcentage en iode 63 %)
Iodopaque (65 %) dont on injecte 25 cc d'une solution à 50 % soit environ 9 gr. d'Iode. La Radiosolotan est à 76 % d'Iode, quantité injectée $\frac{1}{2}$ cm³ Kg de poids, soit 40 cc pour un sujet de 80 Kg !
(Il est à remarquer de plus que l'intraveineuse doit être faite très rapidement)

- Comparons maintenant la dose maxima injectée par nous au cours de notre méthode : 10 à 12 cm³ de Solution forte 2 % + 10 à 12 cm³ de Solution faible à 1 %, ce qui revient à 30 à 36 cc d'une solution à 1 % , ce qui est loin des quantités totales d'iode injecté au cours de l'urographie !

3.- Qu'il n'y a aucun point commun entre nos injections étagées dans l'espace et le temps (20 à 30 minutes environ) avec l'injection unique, massive et rétrograde qu'avaient jusqu'ici employé les chirurgiens au cours de l'opération (elle était d'autant plus dangereuse que la ligature de la crosse et de ses collatérales barrait au médicament la route vers la circulation générale, ne laissant subsister que les perforantes menant à la fémorale profonde)

4.- Qu'enfin les seuls résultats incomplets obtenus par notre méthode au début étaient toujours dûs à un excès de timidité de notre sclérose.

B.- Application de la botte élastique

Une fois les injections sclérosantes terminées, le patient sera mis en position de Tredelenbourg et l'on pratiquera successivement :

1.- Les SOINS de la PEAU :

a.- Désinfection à l'alcool à 60°

b.- Eosine alcoolique à 2 % sur les eczémas et les dermites

c.- Epaisse couche de pâte à l'eau le long du trajet de la Saphène sclérosée, les placards pigmentés les réseaux capillaires et au niveau des points sensibles particulièrement les malléoles, la crête tibiale, et le creux poplité.

2.- La CONTENTION :

Elle comprendra :

1.- LA COMPRESSION ISOLÉE DE LA CROSSE DE LA SAPHÈNE INTERNE

Etant donné l'axe du pli inguinal et du sillon fessier, on ne peut comprimer la crosse de la saphène interne avec la botte élastique.

Aussi, devra-t-on faire une compression isolée qui sera constituée par un coussin de ouate ou de caoutchouc mousse recouvert d'un carton de même dimensions de façon que cette pelote ainsi constituée écrase uniquement la veine ectasiée. On la maintiendra en place par 2 ou 3 fragments d'Elastoplaste étirés au maximum.

2.- APPLICATION DE LA BOTTE ELASTIQUE

On procédera successivement :

a.- A la pose de bourrelets compressifs

Sur tout le trajet de la saphène sclérosée, nous appliquons une bande de tissus caoutchoutés mousse ou d'ouate découpée aux ciseaux, celle-ci devant être d'autant plus large que les varices sont plus ectasiées.

b.- A la mise en place des bas nylon

Le premier bas sera enfilé sur la jambe et remonté le plus haut possible, maintenant ainsi en place le bourrelet compressif.

Le 2^{ème} bas dont on aura préalablement coupé le pied sera enfilé sur le premier et remonté jusqu'au pli inguinal. Fréquemment, pour assurer une meilleure contention, et surtout pour éviter la pénétration de la gomme adhésive au contact de la peau, si les bas sont minces, nous enfilons une 2^{ème} paire sur la première.

c.- A la pose des bandes élastiques adhésives

Vous employons, comme nous l'avons déjà mentionné, les bandes élastiques Elastoplaste modèle B- perméables à l'air,
2 m. 50 sur 8 cm.

1^{ère} Bande :

Nous débutons autour de la cheville par un 8 simple ou double suivant l'importance des ectasies et de l'œdème, en ayant soin d'éviter la formation des plis devant l'articulation tibio-tarsienne, au besoin en fendant la bande sur 1/3 de sa largeur.

Puis nous serrons progressivement celle-ci à partir du mollet pour terminer au dessus ou au dessous du genou.

Il est parfois avantageux pour mieux mouler la jambe de couper une ou plusieurs fois la bande pour repartir avec une obliquité opposée à la première. D'autre part, il faudra éviter un serrage trop intense au niveau du genou afin de permettre une certaine liberté de flexion, et il sera souvent utile de mâteler le creux poplité à l'aide d'une mince couche de coton.

2^eème bande :

Après un tour mort sur la première, la 2^eème bande sera enroulée avec un serrage nettement plus intense jusqu'à l'aîne en avant et jusqu'au pli fessier en arrière. L'extrémité du bas nylon sera éversé sur son bord supérieur et sera maintenu à l'aide d'un sparadrap.

Cette botte élastique ainsi terminée, sera talquée, afin de permettre son meilleur glissement dans le lit.

III. - TROISIEME VISITE de "REVISION"

La 3^{ème} visite de révision se fera 8 à 10 jours après le traitement en un seul temps. Grâce au bas nylon, la suppression de la botte ne demandera que quelques instants, et le médecin aura la joie, partagée du reste avec le malade, de constater que la peau est dépourvue de toute réaction allergique, que les troubles trophiques et l'œdème ont regressé, que l'ulcère est en voie de cicatrisation, que les gros troncs saphéniques parfois légèrement saillants, sont sclérosés uniformément, ne présentant ni hématomes, ni pigmentations, ni réaction intense de périveinite.

Il faudra ensuite plus par le toucher que par la vue, parcourir tout le territoire injecté, rechercher l'existence de segments veineux n'ayant pas réagi à la sclérose, ainsi que des quelques varices non sclérosées, laissées volontairement de côté lors du traitement précédent -

1 ou 2 injections sclérosantes d'appoint seront parfois nécessaires au cours de cette séance pour parfaire le traitement.

On conseillera enfin au malade :

1.- Une révision périodique : 3 mois après, puis régulièrement tous les 6 mois

2.- Des soins hygienodietétiques : Notamment ,

- la marche sur la pointe des pieds, la nage, les balnéations fraîches le repos jambes surélevées
- les soins cutanés : massages quotidiens des jambes à l'huile d'amandes douces ou au Synthol, enfin ,
- des prescriptions de diététique alimentaire comportant un apport suffisant de vitamine C et P

CHAPITRE TROISIÈME

RESULTATS STATISTIQUES de 160 SCLÉROSES MULTIPLES en UN SEUL TEMPS SUIVIES de BOTTES ELASTIQUES ADHESIVES

1.- Le Traitement a toujours été parfaitement indolore et bien supporté

- . Aucun malade n'a eu à retirer sa botte au cours du traitement, bien que nous leur ayons tous conseillé de le faire à la moindre réaction douloureuse
- . Aucun malade n'a dû être vu à domicile

2.- Nous n'avons eu aucune réaction d'intolérance générale ou locale à l'Iode

10 % seulement de nos malades ont eu dans les heures suivant le traitement sclérosant une élévation thermique ne dépassant pas 38° (du reste, non spécifique à la solution iodée, et exceptionnelle si le sujet a eu la précaution de prendre comme nous le lui conseillons un antipyrétique préventif.

3.- Nous n'avons constaté aucun des incidents qui auraient à coup sûr été inévitables avec le traitement sclérosant classique

En particulier, sur 160 traitements, nous n'avons relevé :

- ni réaction importante de périveinite ou de veinite extensive
- ni complications inesthétiques comme les indurations, les capillarités, les pigmentations et nous n'avons eu à ponctionner aucune thrombose intravariqueuse, alors que nous devons le faire couramment avant l'application de ce traitement,

4.- La sclérose obtenue, nous a toujours paru de meilleure qualité, et plus exempte de reperméabilisation secondaire.

CHAPITRE QUATRIEME

AUTRES INDICATIONS DE LA SCLÉROSE SAPHÉNIQUE EN UN SEUL TEMPS

I.- VARICES COMPLIQUEES de TROUBLES LIES à la STASE VEINEUSE

à savoir l'eczéma variqueux, l'oedème et la pachydermite
enfin, l'ulcère variqueux.

A.- ECZEMA VARIQUEUX :

Très prurigineux, il est localisé souvent au secteur jambier
sus malléolaire et serait la conséquence des troubles de nutrition de
la peau dûs à la stase veineuse. Il est souvent déclenché par le
moindre grattage, traumatisme léger ou application médicamenteuse et
est toujours très amélioré par la sclérose des veines afférentes,
soit que celle-ci diminue la stase et le contact des tissus avec
l'antigène sensibilisant, soit qu'elle supprime des reflexes généra-
teurs de troubles trophiques.

Quoi qu'il en soit, notre traitement comprendra 2 temps :

1.- Pendant les 8 jours précédant notre traitement on un seul temps,
on essayera déjà de favoriser une amélioration locale par :

a.- Suppression du contact à l'eau

b.- Désinfection à l'Eosine alcoolique à 2 %

c.- Application de Laccoderme au goudron à 5 %
ou d'Icthyol à 3 %

2.- Après les injections sclérosantes et avant l'application de la
botte, nous avons soin de protéger la région exématique par une
couche de pâte à l'oxyde de zinc ou de pâte à l'eau recouverte d'une
compresse peu épaisse ne faisant pas de bourrelets.

Il faut remarquer de plus que la botte élastique aura l'avantage d'éviter, du moins pendant une semaine, toute lésion de grattage et qu'ainsi, l'eczéma aura disparu ou sera très atténué lors de la séance de révision.

B.- OEDEME INDURE - SCLEROSE HYPODERMIQUE - PACHYDERMITE :

Ces complications seront très améliorées par notre méthode car elle conjugue en un seul temps les 3 moyens classiques de lutte contre la stase veineuse :

- La Sclérose -
- la Contention.
- le Décubitus jambes surélevées.

Nous avons seulement soin avant de faire notre botte, de protéger le 1/3 inférieur de la jambe par une épaisse couche de pâte à l'eau recouverte de compresses stériles (peu épaisses).

Les résultats seront beaucoup plus rapides que par les injections sclérosantes hebdomadaires associées au traitement ambulatoire.

Il est à noter cependant que la diminution des oedèmes est si importante que, dès le 3^e ou 4^e jour, la botte peut devenir flottante et, par conséquent, inutile. Il faudra donc demander au malade de maintenir celle-ci avec une bande élastique ordinaire qu'il enroulera des orteils au pli inguinal jusqu'à la visite de révision.

C.- ULCERE VARIQUEUX :

I.- PRINCIPES -

L'ulcère variqueux répondra parfaitement à notre méthode, car elle réussit à supprimer en un seul temps, les facteurs " l'hyperpression " et de " stase ", responsables de cette " asphyxie " et de cette " toxémie variqueuse " des parties les plus déclives des membres inférieurs entraînant progressivement les troubles trophiques et, en particulier, l'ulcère variqueux.

Elle reposera sur :

- 1.- la suppression des varices,

non seulement par la sclérose du tronc de la saphène insuffisante, mais aussi par celle des veines péri-ulcéreuse.

2.- La compression élastique du membre inférieur

réalisée par la botte élastique adhésive, accompagnée d'une compression locale au niveau de l'ulcère

3.- Un repos, jambes surélevées, associé à une mobilisation volontaire. Condition nécessaire et suffisante à la cicatrisation de l'ulcère pour beaucoup d'auteurs américains, mais qui s'il n'était associé à la sclérose, n'aurait qu'un résultat le plus souvent passager.

II.- TECHNIQUE -

Notre traitement comprendra 2 périodes :

(A) PERIODE DE DESINFECTION DE L'ULCERE ET DE
STIMULATION DES GRANULATIONS d'ENVIRON 8 à 10 J.

△ 1. Par voie générale : Si l'ulcère est très infecté, nous employons un antibiotique polyvalent pendant 5 à 6 jours du type Terramycine ou Tetracycline (mais en aucun cas de pénicilline)

△ 2. Localement : Le traitement comprendra 2 temps

a.- 1er temps : Désinfection locale pendant quelques jours si nécessaire, par les colorants : Solution alcoolique d'Eosine à 2 % ou Solution de Milian

b.- 2 è temps : Stimulation des granulations :

Nous employons la technique suivante :

1.- Autour de l'ulcère :

Nous appliquons une épaisse couche de pâte à l'oxyde de zinc pour éviter la macération des tissus :

Oxyde de zinc 10 g

Lanoline }
Vaseline } à à 50 g

2.- Sur l'ulcère proprement dit :

Pansement compressif humide à l'eau
oxygénée dont nous varions la concen-
tration de 1/30 à 1/10

Ce pansement sera constitué successivement par :

- 1.- Au contact de l'ulcère : un linge stérile fin découpé aux dimensions exactes de celui-ci. (En effet, nous évitons l'emploi de compresses en contact direct avec le fond ulcéreux, car les granulations charnues passant à travers leurs mailles sont souvent arrachées lors du renouvellement du pansement, ce qui leur a valu du reste le surnom de " piège à bourgeon ").
- 2.- Puis une couche de compresses stériles, découpées préalablement de la même forme et de la même dimension que l'ulcère et d'autant plus épaisse que celui-ci sera plus profond.
- 3.- Recouvrant celles-ci, et les débordant légèrement, un taffetas anglais qui maintiendra l'humidité nécessaire.
- 4.- Le tout sera maintenu par une bande élastique débutant au niveau de la région tarso métatarsienne, recouvrant la cheville et la région ulcérée en décrivant un 8 pour finalement entourer le mollet et se terminer au-dessous du genou.

Nous demandons au malade d'humecter ce pansement 2 à 3 fois par jour à l'aide d'un compte-gouttes ou d'une seringue contenant une solution d'eau oxygénée titrée à 1/20. Le pansement sera changé en moyenne tous les 2 jours et devra toujours rester humide. Pendant cette période, nous conseillons au patient la marche sur la pointe des pieds entrecoupée de repos jambes surélevées.

(B) 2° PERIODE OU SERA PRATIQUE NOTRE METHODE
DE SCLEROSE EN 1 SEUL TEMPS

Lorsque le malade sera revu 8 à 10 jours après ce premier traitement, l'ulcère sera détergé, propre, bourgeonnant et déjà en voie de cicatrisation.

Notre méthode sclérosante par injections multiples sera alors en tous points identique à celle que nous avons décrite à ceci près que l'ulcère sera protégé par une épaisse couche de pâte

à l'oxyde de zinc recouverte de compresses stériles, et qu'une compression adéquate sera faite à son niveau à l'aide d'un coussinet en mousse de caoutchouc maintenu en place par le bas nylon et comprimé par la botte élastique (Dans quelques cas, pour permettre une meilleure surveillance, la botte sera fenêtrée et une compression mobile sera appliquée au niveau de l'ulcère.

II.- VARICES DIFFUSES et TELANGIECTASIES

Notre méthode peut également donner de très bons résultats dans la sclérose des varicosités dispersées sur les 2 membres inférieurs s'épanouissant en arborisations bleutées, parfois rouges, souvent noyées dans un tissu cellulitique, qui donne au sujet une sensation de lourdeur des membres et qui, de plus, du point de vue esthétique ont un aspect disgracieux pouvant retentir sur leur état psychique

Le traitement sclérosant ordinaire était long, pénible et lassant; provoquant souvent des ecchymoses en nappe très lentes à se résorber, résultat désastreux lorsque les qualités esthétiques étaient le seul but recherché.

Grâce à la botte, associée à une compression locale pratiquée avec de petits carrés d'ouate recouverts de pâte à l'eau, nous faisons une dizaine d'injections avec le minimum de liquide sclérosant. Nous évitons ainsi les ecchymoses, les réactions locales douloureuses, les petits noyaux indurés tout en gagnant beaucoup de temps et en obtenant un résultat esthétique nettement supérieur.

De plus, il est souvent surprenant de constater que la sclérose de ces veinules, améliore considérablement le membre traité, faisant disparaître rapidement, fatigue, crampes, oedème des chevilles tout en diminuant la cellulite tissulaire.

III. - DOUBLE BOTTE

Dans une vingtaine de cas, chez des sujets ayant très peu de temps devant eux, nous avons traité dans la même séance les deux jambes variqueuses, en répartissant les 20 à 25 centimètres cubes de solution iodée dans les deux membres inférieurs en cherchant surtout à provoquer la sclérose des gros troncs cruraux et des crosses des saphènes internes.

Nous avons été étonnés d'un résultat souvent très suffisant qui, en tout cas dans la suite, pourra être complété, sans besoin d'arrêt de travail.

IV. - TRAITEMENT des VARICES des FEMMES ENCEINTES et des FUTURS OPERES

INTERET de notre TECHNIQUE

Dix ans après l'introduction de la méthode de SICARD et alors que celle-ci était appliquée avec plein succès, ses promoteurs eux-mêmes donnaient comme contre-indication de son emploi : les varices de la grossesse.

C'est seulement en 1928 que R. TOURNAY et FILDERMAN commencèrent à l'employer sans incidents chez les parturiantes. On craignoit jusqu'alors l'interruption de la grossesse, la toxémie variqueuse et l'inutilité d'injecter des varices qui pouvaient en partie disparaître après l'accouchement.

Très rapidement, ces objections furent éliminées et la même méthode sclérosante que pour les non-parturiantes fut appliquée avec plein succès, à raison toutefois :

1

D'employer des concentrations et des quantités plus faibles de liquide, les veines des femmes enceintes se sclérosant plus facilement.

- 2 D'effectuer le traitement si possible pendant les sept premiers mois de la grossesse ..
- 3 D'éliminer les sels de quinine sous toutes ses formes et de n'utiliser exclusivement que le salicylate de soude, la solution iodoiodurée ou le tétracycline sulfate de sodium.
- 4 De s'attacher à scléroser :
- non seulement les varices déjà volumineuses avant la grossesse,
 - mais aussi celles qui le deviennent au cours de celle-ci, entraînant une sensation de chaleur, de lourdeur, de tension douloureuse, à laquelle s'associent souvent des impatiences, du prurit et des crampes, surtout vers les trois derniers mois.
 - Quant aux varicosités, télangiectasies veinulaires, dilatations capillaires sous ou intra-dermiques, si caractéristiques de la grossesse qu'elles permettent souvent de faire à leur seule vue le diagnostic de gravidité, nous pensons, comme l'ont fort bien décrit TOURNAY et WALLOIS, " que la sclérose de leurs troncs "nourriciers" sera nécessaire "dans tous les cas où la sensation de pesanteur, de chaleur, de prurit, atteint un tel degré qu'elle devient pour la patiente une gêne considérable et dans tous les cas où la question esthétique présente pour la jeune femme un intérêt primordial".

Il fut rapidement incontestable que le traitement sclérosant ainsi conçu ne comportant que quelques injections et se bornant à la sclérose des troncs importants, transformait la vie des parturiantes soumises dès les premiers mois à ces poussées d'hyperpression veineuse, chaudes et douloureuses, bien décrites par STUBEL et VIGNES.

Là encore, notre méthode reposant sur de nombreuses observations garde tout son intérêt car elle permet, avec une quantité réduite de liquide sclérosant, d'améliorer au maximum en une seule séance, une malade qui souvent a de la peine ou de la crainte à se déplacer, et d'éviter dans tous les cas les risques d'une réaction de périveinite ou de veinite extensive.

La patiente aura intérêt à garder la botte classique 15 à 20 jours.

Ultérieurement, une double botte, faite suivant notre technique, sera pratiquée à la moindre menace de phlébite et systématiquement avant l'accouchement permettant ainsi le lever précoce. La même technique est également valable chez les futurs opérés porteurs de volumineuses varices :

- solérose en un seul temps suivie de botte, de préférence un mois avant l'opération;

- double botte si possible avant l'intervention, surtout si le sujet a eu des antécédents de phlébite.

CONCLUSIONS

En conclusion, notre méthode de sclérose en un seul temps des saphènes variqueuses " par injections multiples et applications de bandes élastiques collantes, après protection des téguments par des bas nylon, repose sur plus de 160 cas et a maintenant un recul suffisant pour permettre d'affirmer son intérêt thérapeutique.

Nous pensons que, grâce à elle, le médecin phlébologue

1.- Sera plus confiant lorsqu'il verra entrer dans sa consultation

- soit le malade atteint de la grande insuffisance saphénienne
- soit le malade jamais traité, présentant des varices volumineuses s'associant déjà à des troubles liés à la stase veineuse
- soit le malade de passage voulant un traitement à la fois efficace et rapide

2.- Qu'il sera maintenant en mesure d'éviter

- ou la simple prescription du bas à varices qui n'était, le plus souvent, qu'un aveu d'impuissance ou de lassitude du médecin phlébologue devant l'importance et la longueur du traitement sclérosant à entreprendre
- ou le traitement chirurgical ,
qui, s'il était rapide par ses résultats immédiats, n'en était pas moins long par sa convalescence, onéreux par ses frais de phlébographie, d'hospitalisation et de laboratoire anesthésique par ses cicatrices, non exempt de récidives et qui, de plus, faisait courir au malade des risques pré et post opératoires qui, même s'ils étaient peu fréquents, n'en étaient pas moins à prendre en considération par celui-ci devant une affection qu'il considérerait jusqu'à ce jour comme bénigne.

3.- Qu'il pourra maintenant proposer au malade une méthode qui, en plus des avantages et de l'innocuité du traitement sclérosant classique, sera :

a.- Plus rationnelle et plus durable parce que selérosant en une seule fois d'une façon homogène et continue les troncs saphéniques de leurs crosses à leurs terminaisons

b.- Plus esthétique ,

parce que tout le processus de sclérose se fera sur des veines vidées de leur sang, évitant ainsi pigmentations, indurations ; thromboses intravariqueuses

c.- Moins douloureuse ,

parce que réduisant au minimum grâce à la contention, les réactions inflammatoires importantes, les péri-veinites et les veinites extensives.

d.- Enfin, plus rapide, plus économique et moins fastidieuse ,

parce qu'évitant au malade l'astringeance de visites hebdomadaires pendant plusieurs mois que lui offrait jusqu'ici le traitement habituel.

VU & PERMIS d'IMPRIMER

Le Recteur de l'Académie de
PARIS ;

J. S A R R A I L H

Le Doyen de la Faculté
de Médecine ;

L. B I N E T

Le Président de la
Thèse ;

M A R C H A L

BIBLIOGRAPHIE

BARONE A.M. - Varices et Ulcères variqueux -- 8.000 ligatures.

BARROW Dw. - The clinical management of varicose veins - 1957.

BESANCON - P. Maurice - La pression veineuse périphérique.

CHALIER R. - Traitement curatif des phlébites post-opératoires.
Bull. Soc. Fr. de Phleb. - 1949.

CREHANGE. - L'Ulcère variqueux raltine 1950.

DELATER. - Les Maladies des veines et leur traitement -
Masson 1932.

FOOTE R. - Varicose veins - LONDON - Butter Worth et C - 1949.
"Traitement combiné des varices : ligature haute et
Sclérose.

GERSON. - Les varices et leurs associations pathologiques -
G. Doin 1948.
Examen et thérapeutique des troubles des membres in-
férieurs - G.M. de France - I IV 54.

GRELLETY " BOSVIEL Pierre. - La circulation veineuse périphérique -
Thèse Legrand 1925.
• Ulcères veineux des jambes Fsts du Prat, n° 85
Traitement des varices compliquées - Fsts du Prat.
• Epreuve de la toux pour la recherche de l'insuffisance
de la Saphène interne - Angéiologie - Déc. 51.
• Stase variqueuse extériorisée par une injection de
quelques millimètres cubes d'air. Angéiologie - Déc. 51.
• Traitement des phlébites profondes dans leur période
aigüe. Fsts Feuillelet médicaux - Fascicule 10, Déc. 55.
Maloine.
• Maladie des veines dans Path. Med. SERCENT - 1926

HOVE Van. - Acta Chirurgica Belgica n° 1 - 1955.

JANSLION H. - Reflexion sur allergie veineuse et phlébosclérose -
Soc. Fr. de Phleb. - Janv. 54.

LEGER et FRILEUX. - Les Phlébites - Masson 1950.

LINSER and K.H. VOKWINKEL. - Modern Therapie der varicen, hmoorroiden
und varicocele - Ferdinand Ecke - STUTTGART 1936.

LOUVEL et LAUBRY. - "Veines" - Petit Précis 1956.
Trait. des maladies des veines.

LUKE. - Venous disorders of the Lower extremity.
Clinical Symposia - 1953.

MAES E. - Réflexion après 1.200 opérations de saphènes variqueuses.
Bull. Soc. Fr. de Phleb. Janv. 53.

MARMASSE. - Varices résistantes - Posologies exceptionnelles (Soc.
Fr. de Phleb. - Avril 1949.
Procédés de contention élastique (Soc. Fr. de Phléb. -
Oct. 54.)

MARTINET et TUBIANA. - Pathologie des veines - Traitement médical et
Chirurgical (1951).

MILLERET P.G. - La Mode chirurgicale des varices (Soc. Fr. de Phléb.
Juin 56).

OLIVIER. - Maladies des veines et leur traitement. (1956).

ORBACH, - Contribution au Traitement des varices (Soc. Fr. de Phleb. - Oct. 55).

In Diagnosis and treatment of Vascular Disorders edited by
Saul S. Samuel - 1956 - The Williams and Wilkins Company -
BALTIMORE.

Utilization of an intravenous air block (A.M. J. Surg. 1944)/

PHEETERS Mc. - Varicose veins - 1931 - PHILADELPHIA - F.A. Davis and Co.

SICARD et GANGIER, - Traitement des varices par la méthode sclé-
sante 1927 (Masson).

SIGG K. - Traitement des varices et des phlébites superficielles et
profondes. Méthode sclérosante et compressive. Ju. 51 -
(Soc. Fr. de Phleb.).

TOURNAY R. - MARMASSE - SAGLIO - VIEVILLE. - Allergie et Traitement
sclérosant - Vigot 1951).

TOURNAY R. - WALLOIS. - Les varices de la grossesse - 1948.

TOURNAY R. - Pratique des injections sclérosantes. Maloine 1928,
In. Bull. Soc. Fr. de Phlébologie :

- Importance sociale du traitement des variqueux et
ulcéreux (Janv. 49).
- Méthode combinée "résection - sclérose" La méthode
sclérosante pure lui est préférable (Jan. 49).
- Il faut vider les collections hématiques intra-vari-
queuses, parfois consécutives aux injections sclé-
rosantes - (Avril 1950).
- A propos de chirurgie et d'injections sclérosantes
(Avril 1950).
- De l'intérêt et des avantages de la méthode soléro-
sante pure - (Janv. 1954).

VILLARET - SAINT GIRONS - GRELLETY BOSVIEL. -

La Pression veineuse périphérique. - Masson 1930.

VACHERON. - Crossectomie élargie (Concours médical 4 Octobre 1947).

WARTER. - Varices et Syndrome veineux des jambes.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIERE PARTIE

Acquisitions récentes Médico-Chirurgicales dans
le traitement des affections variqueuses.
Indications respectives et discussion.

CHAPITRE PREMIER

<u>Traitement chirurgical</u>	page.....	3
I.- Indications		
II.- Techniques		
III.- Incidents et Accidents		5
IV.- Résultats		6
<u>Conclusions</u>		8

CHAPITRE DEUXIEME

<u>Traitement solérosant</u>		9
I.- Ses progrès Techniques		
A.- Amélioration et variétés des solérosants		
B.- Meilleur compréhension du traitement		
C.- Variantes de technique		
II.- Incidents et Accidents		11
III.- Résultats		12

CHAPITRE TROISIEME

<u>Indications chirurgicales - Discussion.</u>		13
I.- Cas Sociaux		
II.- Cas des grandes insuffisances saphéniennes		14
III.- Discussion		17

Difficultés du traitement sclérosant dans les grandes insuffisances variqueuses..17

- a.- Quantité du liquide sclérosant
- b.- Sclérose en plusieurs temps
- c.- Mauvaise contention
- d.- Incidents fréquents :-Périveinites
 - Hématomes intravariqueux
 - Veinite extensive

DEUXIEME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Ses principes

- 1.- Multiplicité des injections
- 2.- Contention
- 3.- Repos

CHAPITRE DEUXIEME

Exposé Technique

A.- Matériel

B.- SCHEMA du TRAITEMENT

1.- Visite initiale

- Etablissement de la fiche d'observation
- Injection sclérosante d'essai

2.- Deuxième visite

A.- Enquête des résultats de l'injection d'essai

B.- Injections Multiples :

a.- Technique de l'injection

b.- Lieu, chronologie, quantité, 37

1.- Principes directeurs

2.- Schéma topographique 39

C.- Application de la Botte élastique 42

1.- Soins de la peau

2.- Contention

- Compression isolée de la

Crosse de la Saphène

- Application de la botte élastique 43

- a.- Pose des bourrelet
compressifs
- b.- Mise en place des bas nylon
- c.- Pose des bandes élastiques
adhésives

3.- Troisième visite de révision	45
--	----

CHAPITRE TROISIEME =====

<u>Résultats statistiques de 160 traitements</u>	46
--	----

CHAPITRE QUATRIEME =====

<u>Autres indications de la sclérose saphène</u> <u>en un seul temps</u>	47
---	----

I.- Varices compliquées de troubles liés à la stase veineuse

A.- Eozéma variqueux	48
B.- Oedème - Pachydermite	
C.- Ulcère variqueux	

II.- Varices diffuses et Téléangiectasies	51
---	----

III.- Double Botte	52
--------------------------	----

IV.- Varices des femmes enceintes et des futurs opérés	
--	--

CONCLUSIONS	55
-------------------	----

Bibliographie	57
---------------------	----





